

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3171400595		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	グループホームあずま園		
所在地	鳥取県東伯郡北栄町東園331-1		
自己評価作成日	令和2年10月12日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/3171/index.php?act=on_kouhyou_detail_02_2_kani=true&Ji.gvosvoCd=3171400595-00&Servi.ceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和2年10月29日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

運営理念の一つでもある「地域との交流を図り、つながりを大切にします。」の視点に特に力を入れています。今年は感染症予防対策のため中止となりましたが毎年行っている収穫祭では、ご利用者様家族、地域の方々、地域密着型施設の方が参加して下さい、つながりが深まっています。また、あいさつ運動、年4回オレンジカフェ運営、自治会事業の神社清掃などに積極的に参加し地域との関わりを大切にしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

運営理念の「地域との交流を図り、つながりを大切にします。」を大切にされ、利用者の方が住み慣れた地域でくらし続けて行けるよう支援されています。地域の行事参加、小・中学生との交流や公民館との交流、あいさつ運動やオレンジカフェ運営等、様々な形で地域との交流の継続が行なわれています。
職員は笑顔で明るく利用者支援にあたられ、利用者は安定・安心な支援で日々を送っておられます。利用者の方も表情豊かで会話の弾む家庭的なホームとなっています。
居室には、家族の写真や好きな本等持ち込んで頂き、自宅での生活のようなゆったりしたの生活を送られています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎朝のミーティングと月1回の職員会議で理念唱和し5つの理念を共有し実践。 理念の基本にある「春風秋霜」を理解し人に優しく自分に厳しくの精神で実践を重ねています。	職員は理念の基本となる「春風秋霜」を理解され、人に優しく自分に厳しくの精神で実践されています。毎朝のミーティング、月1回の職員会議で職員全員で理念の唱和をされグループホーム理念の共有をされ実践されています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日々の散歩で地域の方と利用者、職員が交流。 「あいさつ運動」や資源ごみ回収社の草取り、防災訓練・とんどさん等の自治会行事に積極的に参加しています。	ホームの運営理念にも掲げられているように積極的に地域との関わりが持たれています。ホーム周りの散歩の際には地域の方と挨拶を交わしておられます。「あいさつ運動」や資源ゴミの回収、神社の草取り、公民館の防災訓練、とんどさん等の自治会行事、小・中学校との交流、地域のボランティアの訪問等も行われています。本年は「新型コロナウイルス」対策の為交流等出来なくなっています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	週1回公民館で開催する地域介護予防活動支援事業と、月2回開催「オレンジカフェ」の運営に年4回音楽療法とラフターヨガを認知症予防として職員を派遣普及に努めています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は会議形式と施設行事参加により開かれた施設として会議を開催。本年度は文書開催、日々の支援内容から地域交流の課題まで具体的アドバイスを頂くことのできる場となっています。	運営推進会議を2ヶ月に1回開催されています。入居状況、活動報告、研修会、事故ヒヤリハット等報告され意見交換が行われています。会議は会議形式と施設の行事参加型で構成され、より日々のホームでの利用者の方の様子を見て頂き、御意見を頂きながらサービス向上に活かされています。「新型コロナウイルス」の為現在は文書発送で報告が行われています。	メンバーが固定ですが、その会のテーマに応じたメンバーの参加も可能ですので、今後より多くのメンバーの意見等頂かれる機会とされても良いと思います。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	包括と町内事業者で立ち上げた認知症ケア向上連絡会の事業を中心に職員の資質利用者のQOLの向上、事業者の悩みなどタイムリーに相談できる体制と信頼関係が出来ています。	運営推進会議にも参加頂けています。各種研修の情報等を頂かれ介護現場に活用されています。認知症ケア向上連絡会は職員の資質、利用者のQOLの向上や事業者の悩みや相談等ができる体制が構築されています。「新型コロナウイルス」対策についても連携されています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	毎月の職員会議で具体的な禁止行為を理解し利用者の尊厳を守るため身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	毎月の職員会議やリーダー会議、各ユニット会議で身体拘束をしないケアについて話し合われています。職員会議では「スピーチロック」についても話し合われています。気に掛かる事が有れば都度管理者は口頭で指導をされています。身体拘束について正しく理解され身体拘束をしないケアに取り組まれています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	毎月の職員会議で虐待防止について理解を深め虐待の芽チェックリストの活用、ストレスチェックにより職員の心理的負担の軽減に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度利用者1名。後見人との交流で制度に関して具体的に学ぶ機会あり過去に市町村申し立支援したケースあり内部研修で理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に施設の取り組みや考え方契約内容全てを説明し納得の上で契約。 必要であれば経済面の制度紹介や他施設の特性も説明し選ばれる施設であるよう誠意を示しています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族来園時の会話やショートメールで要望や意見を伺い家族連絡ノートに記入して全職員で共有。 生活支援月報による意見交換を日々の個別支援向上に活かしています。	北栄あずま園便だよりを毎月全家族に送付されホームでの様子をお伝えしたり、クリスマス会にお招きされます。家族の方とは、面会時の会話やショートメールの利用で意見・要望を伺うようにされ、頂いたご意見等は家族連絡ノートに記入し職員間で共有されサービスに反映しておられます。利用者の方に関しては、生活支援月報(行事、ホームでの様子等)を基に職員間で意見交換を行い、個別支援に活かされています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のリーダー会議、職員会議で業務について振り返りと改善を全員が行っている。ユニット会議では利用者の現状や課題、支援内容について意見を出し合い、介護の仕事にやりがいを持てるようにしています。	月1回の職員会議やリーダー会議で業務の振り返りや改善が行なわれています。ユニット会議で利用者の課題、現状、支援について話し合い、月目標の振り返りが行なわれています。職員が明確な目標を持ち介護の仕事に対して意欲ややりがい等が感じられるように取組まれています。管理者は法人代表に職員の意見等を提案できる環境もあります。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	管理者は勤務状況はもとより、研修希望や資格試験希望等を把握、評価。キャリアパスの活用、法人全体研修の取り組みにより向上心をはぐくむよう取り組んでいます。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	新人研修法人マニュアルは実技研修を含む内容であり職員の技量に合わせて資格取得を勧め実績を上げている。また、職員の個性に合わせた業務分担を提案、個々の才能が発揮されています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム間での相互研修、「認知症ケア向上連絡会」で事例検討会等への参加。各施設の行事に誘い合って交流し向上に努めています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	病院や施設、自宅に事前訪問し、本人と面談生活歴や家族関係、入居前の環境を把握することにより安心して生活して頂けるよう務めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申し込みを受ける段階で家族の要望や在宅介護の様子をお聞きし、入居前信頼関係のあるケアマネや相談員からの情報も大切にしながら関係性を築いています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	利用者本人と家族の思いを受け止め紹介先の相談員や包括、居宅着業者と情報交換し適切な支援の提供に努めています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ユニットは一つのコミュニティー、利用者同士支え合い、職員も利用者に精神的に支えられています。何も求めずただ利用者に寄り添い過ごす時間を大切にしています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者の主な住まいが施設に変わっても家族が可能な限り、関わりを継続。受診やふるさと訪問、面会やはがき等で職員と共に利用者を支えています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの商店、美容室、図書館、医院、自治会や近所付き合いを把握し、家族の理解を得て交流の機会を作るよう努力し自然な形で地域とのつながりが持てるようにしています。	自治会の行事等の参加や自宅近所との付き合い、馴染みの美容室、図書館へ本を借りに行く、かかりつけ医の通院、ふるさと訪問で自宅へ等外出等が行われ大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援が行われています。今年度は「新型コロナウイルス」対応の為は外出支援等行われていませんが、現在はホーム玄関での短時間面会が可能となりました。	馴染みの方や場所と関わられた後には、「回想法」として、利用者に馴染みについての昔話を多く引き出されると良いと思います。電話、手紙等のやり取りの際にも活用されると良いと思います。
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	生活歴や相性を把握し、職員が介入利用者同士が明るい気持ちで関わり支え合えるような環境も工夫しています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	病院や施設への入居後の近況報告。退去後の利用者の状況を聞き家族が相談できる体制あり。退去者家族が気軽に施設に立ち寄られる関係が続いています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居時に「暮らしの情報」を把握し、アセスメントの一環として気持ちや希望を確認。意思疎通が困難でも、日頃の表情や会話から思いを掬い把握に努めています。	入居時に在宅時の「暮らしの情報」を把握され、アセスメントの際に、希望・意向等を確認されています。ユニット内の家族連絡ノートに記入や日々の申し送り、職員会議等で利用者の方の思いや意向を共有されています。意思疎通が困難な場合、日頃の表情や会話等から把握に努められています。	思いや意向の把握が、ご利用者の方の健康で長生きする為の目的や目標につながるように引き出されると良いと思います。
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族の了解を得て自宅訪問し生活の様子をみせて頂いたり、在宅のケアマネや相談員の情報や利用者本人から得られる様々な情報を把握するよう努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常の様子を時系列で記録、本人の表情変化や会話の内容、各種療法の取り組み等で把握。記録の共有を支援に活かすようにしています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々モニタリングと月1回のユニット会議(担当者会議)で職員で話し合い、主治医や理学療法士等、出来るだけ多職種の意見を取り入れた介護計画となる様取り組んでいる。	担当職員を中心に各利用者のアセスメントを行い計画の素案を作成し計画作成者と検討され原案を作成されます。ユニット会議で計画作成者、主治医、看護師、併設のデイサービスのPT(理学療法士)、職員で課題について話し合わせ介護計画を作成されています。介護計画は利用者、家族と話し合い、説明され同意を得ておられます。モニタリング毎月、評価・見直しは6ヶ月に1回実施されています。機能訓練計画も作成されており、PTより月1回ホームでの動作確認が行なわれ、3ヶ月に1回評価・見直しが行なわれています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	支援記録と日々モニタリングを記入し内容を共有。必要なことは日々口頭や回覧ノートに記入する事で職員の意見を出し合うようにしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	介護予防活動支援事業や認知症カフェ、学校の認知症サポーター養成講座アドバイザー等に職員派遣。独居の家族を支えるため見守り訪問緊急連絡先となる事を検討中。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	図書館読み聞かせや社会福祉協議会の傾聴ボランティア定着。 利用者が小学校を訪問しあいさつ運動、オレンジカフェ参加等町内福祉事業を楽しんで活用しています。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医との関係を継続、現在往診医療機関3か所、受診4か所。全職員が医師と言葉を交わす機会を持つようし信頼関係を築いています。	かかりつけ医は、利用者・家族が希望する医療機関としておられ、協力医療機関を始めとする往診3機関、受診4機関となっています。受診医療機関の受診や他科受診の場合は家族による受診同行が基本となっています。歯科は協力医療機関による往診があります。精神科の受診は日ごろの様子がかかる看護師が受診同行されます。全職員はかかりつけ医と日常生活や既往歴等について話す事ができかかりつけ医と信頼関係を築かれています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	2名の看護師が週5日勤務し介護職から利用者の情報を把握。指示ではなく相談に乗り共に利用者の状態について話し合い、医療連携及び日々の食事など生活面の助言も得ています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	訪問や電話で病状経過はもとより必要品の補充や洗濯、家族連絡なども対応。 入院先医療機関の事情に合わせて事務、看護・MSW・医師と日頃から連携し信頼関係を築いています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に看取りの実績があることを説明。 重度化した場合、主治医の病状説明に職員も同席し家族の反応、本音を聞き取り本人の思いを代、思いが叶うよう時間をかけて対応しています。	契約時に重度化や終末期に向けた方針の説明と「看取り」の実績があることを説明されています。重度化された場合、職員も主治医の病状説明に同席され家族の思いや希望を伺われ、本人の思いを共有し支援に取り組まれます。職員会議で「看取り」研修が行われて職員は理解されています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時の対応について職員会議で全員に周知、AEDや簡易酸素の保管場所と取り扱い方法、救急対応の手順をユニットやカルテに掲示し慌てず対応できるようにしています。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難誘導方法の掲示実施。職員会議で防災食作りや危険個所避難場所、防災必需品について年代別の話し合いをし毎年地域の防災訓練に参加しています。	年1回避難訓練と消防署と共に年1回消火訓練が行われています。避難誘導方法はホーム内に掲示されています。緊急連絡網を作成されており職員にも周知されています。職員会議で防災食作りや危険個所避難場所、防災必需品についての話し合いも行われています。備蓄も用意されています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	高齢者虐待についての研修・施設理念の理解を通じて利用者の人格尊重を實踐。利用者を名字でなく名前と呼ばせていただく理由もケアプランに上げています。	身体拘束、接遇、高齢者虐待、プライバシー保護の研修が行われています。ポスターを壁に貼りプライバシーの確保について周知されています。丁寧な言葉掛けを行うことやスピーチロックを使わない対応やその人を理解され、誇りやプライバシーを損ねない対応をされています。排泄、入浴支援時には特にプライバシーの確保に努めておられます。利用者を名字ではなく名前と呼ばれる事は同じ名字の方が多いため利用者が自分のことが分かれる名前と呼ばれています。この事は、介護計画に上げ、家族等にも説明され了承を得ておられます。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常の些細なことも利用者に関心かけて意向確認。言葉で意思疎通がとりにくい利用者は日常会話や非言語による表現を理解するよう努めています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	体調管理に配慮した上で食事や休息の取り方、イベント参加についても利用者のペースに合わせ、希望にそった生活を送っていただいています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	気候に合わせた衣類を利用者が選んで着用、櫛・ブラシ、化粧水やリップクリームを洗面台に常備。髪型も希望を聞き、髭剃りや顔そりも行い、より美しくを目指しています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	週1回利用者が希望されるメニューと一緒に作り、昔懐かしい料理法を聞いて再現味見してもらい提供しています。	昼、夕食は、週6日併設のデイサービス厨房で作られます。日曜日はホームで調理されるので、利用者の希望されるメニューや昔の懐かしい料理法を聞き再現され味見をしてもらい懐かしい料理を職員と一緒に作り食べられています。食事の準備や野菜の皮むき、盛り付け、茶碗拭き、テーブル拭き等出来る利用者の方には職員と一緒にこなして頂いています。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	主治医や看護師、医療機関の栄養士の助言を得て、栄養や水分摂取量の管理をしている。トロミやゼリー、栄養補助食品も利用し個別の配慮をしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後と就寝前に口腔ケアを声かけ、訪問歯科医の勧めでコンクールやスポンジ・シートなど利用者に合わせた口腔ケアを行っています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄リズム・おむつ使用量を把握し病状悪化でおむつ交換となった利用者も立位訓練しトイレでの排泄を促しています。	排泄リズム・リハビリパンツやオムツの使用量を把握され排泄の支援が行われています。日中、夜間自立の方、声掛け、トイレ誘導、一部介助等が行なわれています。立位訓練を行いトイレで排泄を継続して頂けるよう支援が行われている方もおられ、その方に合った排泄支援が行われています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	食事に野菜を積極的に取り入れ、座位歩行機会を増やし排便回数・便の形状を記録看護師・医師の助言も得て予防しています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	利用者の希望を確認し入浴実施。入浴剤を使ってバーチャル温泉巡りを楽しんでいただいています。	利用者の希望を伺われ週2～3回日中の入浴支援が行われています。身体状況や体調、気持ちに合わせてながら入浴剤を使用しバーチャル温泉巡りを楽しんでおられます。浴槽に入る事が困難な方はシャワー浴や清拭が行われています。職員は声掛けや見守り、一部介助を行い、無理強いをせず個々のペースに合わせてながら安心、安全に入浴できるよう支援されています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	利用者の生活習慣や体調に合わせて休息や午睡をしています。ベッドマットや居室の明かり、ドアから差し込むひかりの調整など安らげる空間を作るよう工夫しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	最新の処方内容を確認できるようにカルテとお薬手帳を管理。変更内容を申し送りノートで全員が把握。薬管理のマニュアルを作成し、服薬時に間違いが起きないよう声かけをしています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	洗濯たたみ、洗濯干しについて利用者の役割として継続。野菜や草花の栽培、裁縫など生活歴による特技を生かし、ふるさと訪問や買い物に同行するなど職員とともに楽しんでいきます。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	地区住民の理解を得て地域内の散歩や地域行事に参加、町が実施する認知症に関わる人の憩いの場やあいさつ運動で町民や小学生と交流しています。	地域の方にも理解を頂き、ホーム周辺の散歩や地域行事に参加したり、町が実施される認知症に関わる方の憩いの場や「あいさつ運動」に参加されます。天気の良い日には玄関前や中庭での日向ぼっこをされる方もおられます。職員と一緒に食材などの買い物にで出かけられます。個々のその日の希望にそって戸外やホームの行事で出掛ける支援が行われています。本年度は「新型コロナウイルス」対策の為、難しい場面もあります。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物希望があれば家族の了解のもと一時立て替えて購入してもらいます。 手元に小遣いを持っていることで安心される方には少額の現金を管理していただくこともあります。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族や友人に年賀状を送ります。 家族や友人から届いた葉書は職員と一緒に何度も読み返し居室で管理していただいています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングの壁の装飾を毎月利用者と一緒で作成し作品を眺めて充実感や安らぎを感じ温度計や湿度計を設置して健康で心地よく過ごせるようにしています。	リビングの壁には、毎月利用者が作成された季節感のある作品が飾られ、季節感と満足感を持って過ごして頂いております。温度計、加湿器や空気清浄器を設置され季節に合った配慮が行われ、安心して心地良く過ごせるリビングとなっております。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有テーブルは利用者の相性を職員で検討し適宜席替えを行い、個人テーブルが落ち着ける人には一人用を提供、数名でソファでくつろぐなど自由に過ごせるよう工夫しています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭で使い慣れた家具や写真、花を生けるなど家族と協力して落ち着ける空間を作るようにし入居後も居室の装飾や清潔を心がけています。	ベッド、タンスはホーム備え付けです。使い慣れた馴染みの物や好みの物を持ち込んで頂き、落ち着ける居室となるようにして頂いています。誕生日に家族からの生花が送られ華やかな居室もあります。ベッドの位置を自宅と同じ位置にされる方やPTに相談され身体状況に合わせて使用される方もおられます。それぞれ個々にあわせ居心地よく過ごせるよう工夫されています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	施設内はバリアフリーで手すりを完備トイレはセンサーで点灯、トイレの水洗も利用者の状況に合わせてオート水洗にし掲示物表現も利用者の馴染みのある方言等工夫しています。		